



**WELL CHILD EXAM - EARLY
CHILDHOOD: 3 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 3 ປີ

ການສະໜັບຜູ້ປະກອບເຫດວຽກ	ໃຊ້ດັກ			ນໍາເຂົາມາໄດຍ			ວັນເກີດ				
	ອາການພິດ			ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ							
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສຶກກັງວິນ ນັບແຕ່ນາເທື່ອສຸດທ້າຍ			ມື້ນັ້ນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖານກ່ຽວກັບເຮືອງ:							
	<p>ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກນັອບຂອງຂອບກິນອາຫານຫລາຍປ່າງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບຍຸ້ນໆຈາວ, ອາຍຸ ແລະ ເພດຂອງລາວເອງ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ຄອບຄົວຂອງຂອບເຮົາໃຈຄວາມເວົ້າຂອງດັກຂອງຂອບ.</p>			<p>ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບສາມາດໄດດໄປທັງສອງຂາພົມກັນໄດ້. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂອບຍຸ້ນໆປ່ອນທີ່ຜ້າອັນໜີບ່ອນແຫ້ງຕອດຄືນເປັນສ່ວນຫລາຍ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ດັກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຫັນແລະໄດ້ຍືນດີ.</p>							
	WEIGHT KG/OZ. PERCENTILE		HEIGHT CM/IN. PERCENTILE		BLOOD PRESSURE						
<input type="checkbox"/> Review of systems		<input type="checkbox"/> Review of family history						Diet _____			
Screening:		MHZ	R	L					Elimination _____		
Hearing Screen		4000	_____	_____					Sleep _____		
		2000	_____	_____					<input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Lead Exposure		
		1000	_____	_____					<input type="checkbox"/> Fluoride Supplements <input type="checkbox"/> Fluoride Varnish		
		500	_____	_____					<input type="checkbox"/> Hct/Hgb <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral		
Vision Screen		20/	_____	20/_____					Health Education: (Check all discussed/handouts given)		
Development: Circle area of concern										<input type="checkbox"/> Nutrition <input type="checkbox"/> Child Care <input type="checkbox"/> Development	
Adaptive/Cognitive		Language/Communication								<input type="checkbox"/> Regular Physical Activities <input type="checkbox"/> Car Seat/Booster Seat	
Gross Motor	Social/Emotional	Fine Motor								<input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Discipline/Limits/Rules <input type="checkbox"/> Books/Reading	
Behavior	N	A									<input type="checkbox"/> Passive Smoking <input type="checkbox"/> Limit TV <input type="checkbox"/> Friendship/Siblings
Mental Health	N	A									<input type="checkbox"/> Other _____
Physical:	N	A									Assessment/Plan: _____
General appearance	N	A									 _____
Skin	N	A									 _____
Head	N	A									 _____
Eyes (Cover/Uncover)	N	A									 _____
Ears	N	A									 _____
Nose	N	A									 _____
Oropharynx/Teeth	N	A									 _____
Neck	N	A									 _____
Nodes	N	A									 _____
Describe abnormal findings and comments: _____ _____											
IMMUNIZATIONS GIVEN											
REFERRALS											
NEXT VISIT: 4 YEARS OF AGE					HEALTH PROVIDER NAME						
HEALTH PROVIDER SIGNATURE					HEALTH PROVIDER ADDRESS						

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Early Childhood (3 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Tuberculosis Screen

Screen for these risk factors:

- Members of household with tuberculosis or in close contact with those who have the disease.
- Close contact with recent immigrants or refugees from countries in which tuberculosis is common (e.g., Asia, Africa, Central and South America, Pacific Islands); migrant workers; residents of correctional institutions or homeless shelters or persons with certain underlying medical disorders.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, the ELMS2 (a language screen), or the MacArthur Communication Development Inventory.

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Washes and dries hands. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Imitates vertical line. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Says what to do when tired, cold, hungry.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Names 4 animal pictures (e.g., cat, dog, bird, horse).</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifies 2 animal pictures: "Which flies? Meows? Barks? Gallops? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Throws ball overhand.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Pedals tricycle.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Ask why?</u> |

- Persistent echolalia (repeating what was just said).
 - Inappropriate play with toys/no pretend play.
 - Any loss of language or social skills.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of children should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items, on even one of the underlined items, or one of the **boxed items** (abnormal behavior at this age), refer the child for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



ການກວດເດັກໃຫ້ມີສູວພາບດີ - ໄວດັກບັນຕົ້ນ: 3 ປີ

WELL CHILD EXAM - EARLY CHILDHOOD: 3 YEARS

(ເຮັດຕາມຄໍາຊື້ນຳ EPSDT)

ວັນທີ

ໄວດັກບັນຕິນ: 3 ປີ

ລົດຕະບຸກ ກວດວິນຍາ ກວດວິນ	ຊື່ດັກ	ນຳເອົາມາໄດ້	ວັນເກີດ
	ອາການຜິດ	ປາທີໃຊ້ບຸນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາສຶງກັງວິນ ນັບແຕ່ມາເຖີ່ອສຸດຫ້າຍ	ມັນຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເຮື່ອງ:	
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ເດັກນີ້ອະນຸຍາກີນອາຫານຫລາຍບໍ່ໄງ້.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ເດັກຂອງຫຼັບຮູ້ຂໍລາວ, ອາຍຸ ແລະ ແຜນຂອງລາວເອງ.	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ເດັກຂອງຫຼັບຢູ່ບ່ອນທີ່ຜ້າອ້ອມຫລືບ່ອນແຫ້ງຕອດຄືນເປັນສ່ວນຫລາຍ.
	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ຄອບຄົວຂອງຫຼັບເອົາໃຈຄວາມເວົ້າຂອງເດັກຂອງຫຼັບ.		<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ເດັກຂອງຫຼັບຮູ້ພະເຈົ້າເຫັນແລະໄດ້ຍືນດີ.
ນັ້ນມັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮັບ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮັບ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື່ອລະບົບ	<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບື່ອປະວັດຄອບຄົວ		ການຖ່າຍ _____
ການກວດ:	MHZ	R	L
ການກວດຫຼູ	4000	_____	_____
	2000	_____	_____
	1000	_____	_____
	500	_____	_____
ການກວດຕາ	20/	20/	
ການຕີບໃຕ: ຂີດລ້ອມໝາບເຈົາງຸດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ			
ການປັບຕົວ/ຄວາມຮູ້ຄວາມເຂົ້າໃຈ	ພາສາ/ການສື່ສານ		
ການເຫັນຕົງຮ່າງກາຍ	ສ້າງຄົມ/ອາຣົມ	ການໃຊ້ສາຍຕາ-ມື	
ສູ່ພາບຈິດ	ຢັກກະຕີ	ຢັກກະຕີ	
ການປະເມີດ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ຮາງກາຍ:	ຢັກກະຕີ	ຢັກກະຕີ	
ຫັນນະທີ່ໄປ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ປອດ
ຜົວໜັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ໜ້າອົກ
ຫົວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ລະບົບຫົວໃຈ/ກັບຈອນ
ຕາ (ອັດຫໍ່ອັດ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຫ້ອງນ້ອຍ
ໝູ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ອະໄວບະວະພືບພັນ
ດັງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ກະດູກສັນຫລັງ
ປາກຄົມ/ແຂວງ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ຕົນມື
ຄໍ່າ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ສ່ວນປະສາດສະໝ່ອງ
ງົງຫົວ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ການຍາງ ຫລື ແລ້ວ
ອະທິບາບສຶງທີ່ພິບວ່າບໍ່ຢັກກະຕີ ແລະ ຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:			
ການປະເມີນ/ແຜນການ: _____ _____ _____ _____ _____			
ການສັກປາບອງກັນທີ່ໃຫ້			
ການສົງຕໍ່			
ນາພົບເທື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 4 ປີ		ຂໍຜູ້ເປັນປົວສູ່ພາບ	
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການເປັນປົວສູ່ພາບ		ບ່ອນຜູ້ຜູ້ເປັນປົວສູ່ພາບ	

ສູນພາບດັກຂອງທ່ານມີອືດໄດ້ 3 ປີ

ປາກິດການຊື່ວິດ

ວິທີການຕັ້ງບົດຂອງແດກນ້ອຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງ
ອາຍຸ 3 ປີ ຫາ 4 ປີ.

ສາມາດຮັບອຸປະກອນໄດ້.

ຂອກທ່ານກ່ຽວກັບສຶກທີ່ລາວ (ຊາຍ) ໄດ້ຮັດແລ້ວ.

ຮູ້ຈົກ ທີ່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງລາວ (ຍິງ).

ສ້າງທີ່ໄດ້ປະຕິບັດລົອກໄດ້ເຖິງ 9 - 10 ກັອນ.

ຕົ້ນ ແລະ ກະໂດດຕິນດຽວ.

ພະຍາຍາມແຕ້ມຄົນດ້ວຍຫລາຍງາກສ່ວນ (ເຊັ່ນວ່າ ທິວ, ໂຕ, ເກ).

ຫລືນເກມງ່າຍງກັບໝູ້ ເລີ່ມແບ່ງປັນຄືອງຫລືນ.

ခိုင်ခိုင်ကားနှုန်းတံ့နှုန်းပျော်ရွေ့ချောင်း

ທ່ານຊ່ວຍເດັກຂອງທ່ານຮຽນຮູ້ວິຊາໃໝ່
ໂດຍການຫລື້ນລັບລາວ (ບົງ).

ສໍາລັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫລື ສໍາລັບຂໍ້ມູນຜົມຕົມ

ສອນ CPR ແອນ້ອຍ ແລະ ເດັກນ້ອຍ ແລະ
ການຊ່ວຍເຫຼືອຂັ້ນຕົ້ນ: ໃຫ້ຖາມກ່ຽວກັບຫ້ອງຈຽນຕາມ
ສະຖານີດັບຜົງຕາມຫ້ອງຖິ່ນຂອງທ່ານ ຫລື ກິນສາຫາ
ຮະນະສູກ.

ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບບະບາດໂດ ຫລື ແນວດດໍາອັນນິ້ງ:
ການຮວມປັບປຸງ, 1-800-BUCK-L-UP (ສະງ) ຫລື
1-800-833-6388 (ສາຍຄົມເສັງອົງຄະ TTY).

ການກວດການຕີບໄຕ ຝຣີ: ສາຍການສົງຄໍ ແລະ
ຂໍ້ມູນໃຫ້ແນ່ສິນບູນ, ເດັກສິນບູນ, 1-800-322-2588 (ສຽງ)
ທະລື 1-800-833-6388 (ສາຍຄົນເສົ້າອົງກະຕະ TTY).

ຄວາມຮັກການເປັນຝ່າມ ຫລື ການສນັບສະນູນ: ສາຍຊວຍ
ເຫຼືອຄອບຄົວ, 1-800-932-HOPE (4673) ແຫລງຕ່າງໆ
ກ້າມຄອບຄົວເອດ ມີແວ່ລ໌ 1-888-746-9568 ຫ້ອງງຽນ
ຕາມວິທະຍາໄລທ້ອຖ຺ນ.

ຄໍາແນະນຳດ້ານສູຂພາບ

ນັ້ນເປັນຄືອງດີນທີ່ຖືກສູຫພາບ. ເອົານັ້ນໃຫ້ແທນຄືອງດິນທີ່ຫວານກັບອາຫານວ່າງ. ເຕັກຂອງທ່ານບັງຕົອງການຢ່າງນັ້ນອະນຸມານສອງຈຸກຕໍ່ມື້.

ເອົາມາກໄມ້ຊະນິດຕ່າງໆໃຫ້ກິນທຸກນີ້.

ຊ່ວຍເດັກຜັດແຮ້ວຂອງລາວ (ຊາຍ). ໃຊ້ປາກູແຮ້ວທີ່ມີທາດ ພລືໄຕ
ຈຳນວນນະນາດຖືວແຮນັບອບ. ພາລາວ (ຊາຍ)ໄປກວດແຮ້ວຢ່າງນັບອບ
ປີລະເທື່ອ.

ສອນໃຫ້ແດກຂອງທ່ານລ້າງນີ້ໃຫ້ສະຄາດຫລັງຈາກໜັດໆ ແລະ ໃຊ້ຫ້ອງນໍ້າ ແລະ ກ່ອນກິນ. ໃຊ້ສະບຸມີເວົ້າກັນປະມານ **20** ວິນາທີ.

ຄໍາແນະນຳການເປັນຜົ່ງແມ່

តើការនាំចូលរួមដោយការងារខ្លាំង។ ទីតាំង:

- ຫລັນເລັນຄື່ນໃຫວ (ຫລັນໝາກງົກິນຫາງ, ບານ, ຂີ້ອງຫລັນປະເຜດນິລື້, ກາກເປີນ)
 - ຫລັນເຕັນຄວາມຄິດ (ໄຊ້ຕຸກກະຕາ, ເຄື່ອງຫລັນເປັນຮູບຮ່າງ, ຂຶ້ມນີທາ)
 - ເຄື່ອງຫລັນທີ່ໃຊ້ນີ້ຂອງອາວົາເຈົ້າ (ບລອກ, ແນວຈັບຕໍ່ກັນທີ່ໃຫຍ່)

ຈຳກັດເວລາ ໂທຮະຫັດ ແລະ ຄອນພິວເຕີ ໃຫ້ໜ້ອຍກວ່ານີ້ງໍຂ່ວໂມງ
ທຸກມື້.

ຄ່ານໃຫ້ແດກຂອງທ່ານຝັງທຸກມື້. ເຈົ້າກັບລາວ(ຊາຍ)ກ່ຽວກັບຮູບ ແລະ ນິຫານ.

ທ່ານເປັນນາຍຄຸທີ່ດີຂອງເດັກຂອງທ່ານ. ລາວ (ບິງ) ເບີງວິທີທ່ານປະຕິບັດ
ຕໍ່ຜູ້ອື່ນ, ກິນ, ອອກແຮງ, ພັກຜ່ອນ, ໃຊ້ສາຍຮັດບ່ອນນິ່ງ, ແລະ ຂວ້າມ
ຖຸນິນ. ລາວ (ບິງ) ພະຍາາມປາກເປັນຄືທ່ານ.

ຄໍາແນະນຳດ້ວຍຄວາມປອດໄພ

ກວດເບີ່ງສື່ງທີ່ເປັນອັນຕາຍນຳເຮືອນຂອງທ່ານເລື້ອຍໆ. ເດັກຂອງທ່ານ
ບັນບໍ່ໃຫຍ່ພື້ນທີ່ຈະຢູ່ທາງຈາກສື່ງທີ່ອາດເປັນອັນຕາຍແກ່ລາວ (ຍິງ)
ເຊື່ອວ່າໄມ້ຂີດໄຟ, ປິນ ແລະ ປາພຶດ ໃຫ້ໄສກຸງແຈໄວ້.

ສືບຕໍ່ໄຊແນວນັ້ງຮົດຈົນເດັກຂອງທ່ານມິນ້າໝັກຈົນໄດ້ **40** ພາວ. ຫລັງຈາກນັ້ນໄຊແນວຮັບບ່ອນນັ້ງຮົດຮອດປະມານ **80** ພາວ. ເຮົາເດັກຂອງທ່ານໄວ້ເບະຫາຍ້າ.

ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າລາວ(ຊາຍ)ໃຊ້ໝາງກັນກະທິບວເລາລາວ(ຊາຍ)ວິດສາມລັ້ງ, ສະກຸດຕີ ແລື ເຄື່ອງຫລັ້ນອື່ນໆທີ່ມີລັ້ງ.